

就労継続支援B型 モーツァルト七瀬川つつみ 利用申込書

就労継続支援B型 モーツァルト七瀬川つつみ管理者殿

下記の内容にて貴施設への利用申し込みをいたします

写真貼付欄

スナップ写真可
カラー写真可

申込日	年 月 日
-----	-------

フ リ ガ ナ 入居希望者氏名	◎	性別	男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	年齢	歳
現住所	〒 -		
住民票所在地	〒 -		
電話番号	- -	携帯電話	- -

障害の種類	精神保健福祉手帳 (級) / 療育手帳 (A ・ B 判定)
	身体障害者手帳 (部位 種 級)

障害支援区分	あり (1 2 3 4 5 6) / なし / 申請中
--------	-------------------------------

認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
---------	---------------

介護保険	あり (要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5) / なし / 申請中
------	---

認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
---------	---------------

現在の状況	在宅で生活中 / 入院中 (病院名)
	その他 ()

受診の状況 及び 服薬の状況	診療科	病院・医院・処方薬	担当医
	科	処方薬 ()	Dr
	科	処方薬 ()	Dr
	科	処方薬 ()	Dr
	科	処方薬 ()	Dr

既往歴	
-----	--

収入の状況	障害年金 (年間受給額 円) / 生活保護受給中
	親族等からの仕送り (円) / 工賃収入 (円)
	その他 ()

健康保険種類	(本人 ・ 扶養)
--------	-------------

申込み理由	

同居家族	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢

緊急連絡先	氏名	続柄	年齢	住所	電話番号
	1				- -
	2				- -
	3				- -

保証人	氏名	続柄	年齢	住所	電話番号
					- -

(申込時の注意事項)

※入居申込までに必ず入居希望者ご本人が見学していただきますようお願い致します。

※この入居申込書とかかりつけ医の意見書が必要となります。

※この入居申込書の提出をもって、入居が決定するものではありません。
後日、面接調査を行い現在の病状や生活の状況等を勘案したうえ、入居の決定をいたします。

上記のとおり、記載事項に相違ありませんので入居の申し込みを致します。
この申込書が、事実と相違したり、入居不適合と判断された場合には、申込を取消されても異議のないことを誓約いたします。また、貴施設が入居希望者を円滑に支援するため、かかりつけの病院や行政関係機関等に情報の提供を求めたり、この申込書記載事項の情報を開示することに同意致します。

同意欄	年 月 日 入居希望者氏名	◎
-----	---------------	---